

病院内リスクマネジメントにおける 権力構造が事故情報の解釈に及ぼす影響

内 田 宏 美

要 旨

何らかの医療事故が発生すると、表面的な事故原因の評価により、最終行為者に責任を転嫁する傾向があるのは、度々経験することである。そこで実際の事事例の再分析により、力関係の勾配が生じる理由を考察した。すなわち、医療チーム内で、事故を防止し安全な医療を提供するためのフィードバック機構が明確に位置づけられていないと、コミュニケーションが一方に固定化されてしまう。すると、チーム内の力関係に立て向きの勾配が潜在化する。そのような状況下で事故が発生すると、関係者の力関係が顕在化し、アセスメントに偏りが生じると推測される。

キーワード 医療事故 medical accident リスクマネジメント risk management 医療チーム medical team 力関係の勾配 authority gradient

《はじめに》

医療事故防止を目的とした病院の組織的な取り組みの最も一般的な方法は、現場で起った、あるいは起りそうになった「できごと」を、インシデントレポート、あるいは、アクシデントレポートとして自主的に報告し、それを分析して事故防止の対策を立案し、実行するというものである。我々は、公平で客観的なデータの分析に基づいてリスクマネジメントが実施されていると信じているが、果たして本当にそうであろうか。私の看護管理者と病院リスクマネージャーを兼務した経験では、客観的事実に基づいて報告されていると位置付けられている報告の中に、医療チーム内の力関係のバイアスが反映されていると直感す

ることが多々あった。

リスクの把握と分析という、リスクマネジメント・プロセスの最初のステップを踏み違えると、リスクへの対応が的外れなものになり、医療の質をさらに低下させることにも繋がりがかねない。そこで、4 E 4 Mマトリックス法で分析したデータを、医療チーム内での事故関連情報の流れと集団内での情報の解釈がリスクマネジメントにどのように影響するのか、という視点で再分析することにより、公平で適切なリスクマネジメントを展開するために、社会学的視点が重要であることを論じる。

《方法》

ステップⅠ：できごとの要因を、4 M－4 Eマトリックス法の枠組を使って抽出する。

ステップⅡ：上記のデータを医療のプロセスに添って整理し、実際の介入と非介入を専門職としての役割と対比させて再評価する。

ステップⅢ：「看護婦が悪い」という言説 discourse が何故生み出されるのかを、情報の流れと「権力」関係に注目して解釈する。

《用語の定義と説明》

- * 医療におけるリスク・マネジメント：事故防止活動などを通して、患者・家族・職員・病院の信頼などの組織の損失を最小に抑え、医療の質を保証する一連の組織的なプロセス¹⁾。
- * インシデント incident：思いがけない出来事 occurrence で、適切に処理されなければ事故に繋がる可能性のある事象²⁾。
- * アクシデント accident：適切な処置が行われないことにより障害や損失が発生すること³⁾。
- * 4 M－4 Eマトリックス法：事故の原因を及び対策を整理する方法として、合衆国航空宇宙局で開発された。事故原因を4つの区分(MAN, MACHINE, MEDIA, MANAGEMENT)に分類し、各々の原因ごとに、4つの区分

(EDUCATION, ENGINEERING, ENFORCEMENT, EXAMPLE) の事故対策を整理する方法^{*)}。

《4 M 4 E マトリックス法による事例分析の概要》

看護婦が1日4回分の内服薬を配薬ボックスの朝・昼・夕・眠前の場所にセットしたところ、患者が誤って一日分全部を一度に服用してしまったケースを取り上げる。服薬確認に行った看護婦が事故を発見したのであるが、「看護婦が目前で服薬確認をしなかった」ことが、アクシデントの原因として報告された。

このケースの背景要因を、4 M-4 E マトリックス法を用いて分析した結果、MAN が13、MACHINE が6、MEDIA が5、MANAGEMENT が3 の合計27 の事故関連要因が抽出された(表1)。その内、次の4つの主要因が重なり合って事故に至ったと考えられた。

- ① 薬袋には患者名・薬品名・用法が記載されているが、散薬の入った個々のビニール・パッケージには何も記載がなく、一旦薬袋から取り出すと内容の確認ができない状態で供給されていた。これが通常の供給システムであった。
- ② 前夜遅くに治療方針が決定したため、薬剤の処方と供給は通常の薬剤供給システムを利用できず、プロトコル違反のチェック機構が機能し難い「手書き処方箋」オーダーと臨時供給により、服薬開始が予定の6時を大幅に超過した10時にずれ込み、病棟スタッフに焦りと混乱が生じていた。
- ③ 患者の治療に対する期待が高く、気分も高揚していた。また、②の事情によりスタッフ同様、患者自身にも焦りが生じていた。
- ④ 一包分の量が多かったため、配薬の際に看護婦が「量が多くて飲み難いですね」と声を掛けたことが、③の状況にある患者に誤解を生じさせた。

以上のような4 M-4 E マトリックス法による分析の結果、「看護婦が目前で服薬確認をしなかった」ことがアクシデントの原因とする見方は、的を得ていないことは明らかである。むしろ、真の問題は、基本的な薬剤供給システムの不備を、最終行為者である看護婦の確認作業でカバーするという、業務のあり方の中に潜んでいると考えられた。にもかかわらず、何故「看護婦が悪い」

という言説 Discourse が生まれてしまうのであろうか。

《言説が生まれるプロセス》

そこで、4 M 4 Eマトリックス法で分析したデータを、医療プロセスの流れに沿って整理しなおしてみた。そして、どの段階で、どのような、専門職としての介入または未介入が、間違いの要因になったのか、そこにどのような意味付けが為されたのかを明かにした。

医師は、医学的根拠と患者の同意に基づく治療計画を立案し、それを医療チームが共有できるように働きかける、チームリーダーとしての役割と責任を負う職種と位置付けられる。しかし、このケースでは、その役割の遂行が不十分であったことは潜在化してしまい、強いて医師に責任があるとすれば、「6時間ごとの投与」とせず「毎食後と寝る前」とした、コンピューター入力時のオーダー・ミスが問題とされた。

薬剤師は、処方どおりの正確な調剤を行うことはもちろんであるが、医師の処方内容が標準的な知見やその施設でのプロトコールと照らして、適切なものかどうかを監査する重要な役割を負う。また、患者に投与されるまでの間に問題が発生しないように、適切で合理的な方法で薬物を供給する責任を負う。ところが、このケースでは、「処方どおりに正確に調剤し供給した」という調剤業務の正確さが強調され、専門職としての果たすべきフィードバックの役割が遂行されなかった点は不問にされた。

では、看護婦についてはどうだろう。専門的看護の見地からこの看護介入の問題を指摘すると、この患者固有の健康問題に対する介入ができていなかったことこそが問題である。すなわち、この患者の治療に対する期待感や、プロトコールどおりに始まらなかった治療の状況から、治療開始時には、ルティーンケアではなく、特別な配慮が必要であると認識すべきであった。そうすれば、意識して、他の医療チーム・メンバーの不確かな行為が患者にどのような悪影響をもたらすのかを見極め、指摘し、修正することができたであろうし、患者の服薬に付き添い励ますことができたに違いない。

ところが、実際の評価は表面的なものに留まった。当初は、「薬剤は正確に

供給されたのだから、看護婦が目前で服薬確認していれば、間違いは起きなかった。」また、『量が多くて呑みにくい』などというインパクトを患者に与ええしなかったら、間違いは起らなかった。」というのが、担当看護婦自身を含めて、関与したメンバーの共通理解であった。次に、薬剤の供給のされ方がプロトコルどおりではなかったことが判明すると、その原因となった研修医の処方間違いが取り沙汰され、さらには、それに気付かず指示通りに実施した看護婦の責任が問われた。それによって、研修医の行動を直接監査し得なかった指導医の責任や、処方内容の監査を徹底しなかった薬剤師の責任は、影を潜めてしまった。

このケースの場合、間違い行動を起こしたのは患者自身であるが、その引き金となった、あるいは影響したと関連付けられる要因は多岐にわたり、必ずしもその責任が看護婦に焦点化されるものではない。にもかかわらず、どうしたわけか、看護婦だけが、「明らかなミス」はもちろんのこと、間違いに繋がるような「何かをしたこと」と、間違いを防ぐための「何かをしなかったこと」の全ての責任を追及され、医師や薬剤師は、「明らかなミス」のみが問題にされて、看護婦に負の責任を押し付ける流れが次々と生み出されていった。そして、「看護婦が悪い」という言説が生み出されたのである。

《考察》

「科学的」であることを基盤とする医療者集団において、このような非合理的なリスクの評価や意味付けが行われる理由を、以下のように整理する(図1)。第1に、医師の診断から指示・処方オーダー、薬剤師による薬剤の調剤・供給、看護婦による与薬と確認という一連の流れの中で、それぞれの職種が果たす役割について、必ずしも共通理解できていないこと、それがはっきりとした業務として位置付けられていないことが、分析と評価の目を曇らせている。専門職としての実践を評価するための基準が明らかでないために、各々の役割と照らして「何が為され、何が為されなかったか」が客観的に分析できないのである。

第2に、他の職種の行為をフィードバックする責務に対する役割の不明確さが、医療プロセスの流れを、医師や薬剤師などの「与える」側から、看護婦と

いう「受ける」側への一方向性のものへと固定化する(図1)。そのような医療チーム内の職種間の関係は、水平で対等なものとはならないで、力関係の勾配 authority gradient を生む。このような状況下で問題となる出来事 occurrence が生じると、その時、その場の集団内の力関係に左右されて、一貫性のない非合理的な評価が下されることになるかと推測される。

したがって、プロセスをまたいで互いの職務をフィードバックする役割を課すことにより(図2)、水平なコミュニケーション関係を作り出すことが重要であると考ええる。

《リスクマネジメントに求められる視点と課題》

医療チームの中で、看護婦は他の職種と同等の権限を与えられているだろうか。また、自らの専門性を根拠にした、対等なディスカッションができているだろうか。そして、水平で開かれた力関係が、当然のあり方として日常の医療場面に定着しているであろうか？

事故報告書の分析の前に、医療チームの関係が対等で民主的なものであるかどうか、今一度洗いなおす必要がある。そして、リスクマネージャーは、医療が権力構造の中で営まれており、権力関係によって「事実 reality」が作られる危険性があるということを自覚しておくべきである。我が国の多くの病院がそうであるように、リスクマネジメント部門が独立していないところでは、この点は特に重要であると考ええる。

引用文献

- i) 日本看護協会：組織で取り組む医療事故防止；P3-4，日本看護協会出版会，1999
- ii) 日本看護協会：組織で取り組む医療事故防止；P5，日本看護協会出版会，1999
- iii) 日本看護協会：組織で取り組む医療事故防止；P5，日本看護協会出版会，1999
- iv) 日本看護協会：組織で取り組む医療事故防止；P16，24-25，日本看護協会出版会，

1999

参考文献

- 1) 安達秀雄：医療危機管理，メディカル・サイエンス・インターナショナル，2001
- 2) L. コーン／J／コリガン／M・ドナルドソン編，米国医療の質委員会／医学研究所，医学ジャーナリスト協会訳：人は誰でも間違える；日本評論社，2000
- 3) 山内桂子・山口隆久：医療事故——何故起きるのか，どうすれば防げるのか——；朝日新聞社，2000
- 4) 村上陽一郎：安全学；青土社，1998

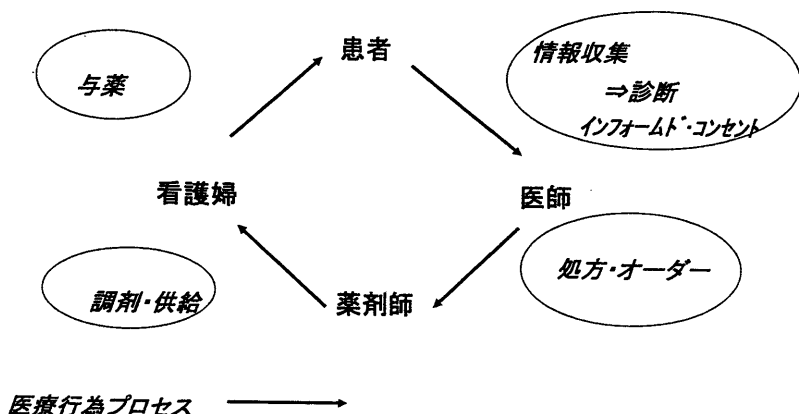
(うちだひろみ 佛教大学社会学研究科博士課程)

4M-4Eマトリックス法による分析

	MAN	MACHINE	MEDIA	MANAGEMENT
4M 具体的要因	・処方箋記載規定では「24g×4」とすべきところを「18g×4」と処方した。	・血中濃度を一定に保つ必要上、8時間ごとの時間投与がプロトコールに明記されていた。	・処方オーダー・システムと指示ルートが分離している。	・研修医の医療ミス
	・プロトコールでは8時間毎の時間服用とすべきところを毎食後・眠前と処方した。	・1包が6gで量が多いため、時にユニバックが薬包として使用された。	・そのため、医師はオーダー入力と指示室への記入を別々に行わなければ成らない。	・点検、確認体制の不徹底。
	・指示室にも同様の指示内容が記載された。	・今回もユニバックが採用し	・また、看護婦は、処方内容と薬物、及び、指示内容と薬物の二重確認の監査を行わなくてはならない。	・薬剤師の医師に対する看護婦の医師と薬剤師に対する監査機能の曖昧さ。
	・採用間もない研修医による処方であった。	・薬袋には患者名、薬剤名、1回容量、用法が自動印字されるシステムであるが、薬包には何も印字されない。	・今回の治療方針は、前日の夜に決定したため、研修医は当日の朝、臨時処方のオーダーを出し、10時に薬が搬送されてきた。	・院内の医療プロセス全体を調整する機能が存在しない。
	・指導医による指示・処方内容のチェックは為されなかった。	・そのため、看護婦が薬包みに必要内容を手書きで転記する場合もある。	・上記の事情で、通常なら6時スタートの時間服用量が10時にずれ込んだため、患者を含めて、看護関係者の間に疲労が生じていた。	
	・薬剤師は処方記載の誤りを指摘することなく、6gを4包供給した。	・オーダーリングシステムは夜間はロックされるため、今回の臨時処方では手書きで行われた。		
	・薬包紐の複雑についての問い合わせが、事情のわからない研修医の主治医にあり、ユニバックが採用された。			
	・プロトコールを理解していたにもかかわらず、担当看護婦は指示の内容の誤りを指摘することなく指示どおりに動いた。			
	・すなわち、朝昼夕眠前に区分された薬ボックスに、指示とおりに記載した。			
	・予定のスタート時間を超過していたため、朝の分を取りだし、患者に服用を促した。			
EDUCATION	・その際、「量が多くてのみにくいですね。」と声を掛けた。			
	・患者の反応を確認することなくベッドサイドを離れた。			
	・病棟内の看護業務マニュアルに従い、30分後に服薬確認に訪室したところ、既に1日分を服用した後であった。			
	・研修医の指示行為に対する指導医の監査の強化。			・指導医の指導に促す院内共通のシステム作り。
	・医師の処方内容に対する薬剤師の監査役割の強化。			・薬剤業務のオリエンテーションの全職種での共有化。
	・医師の指示内容に対する看護婦の監査役割の強化。			
	・患者の治療に対する期待や悲しい把握と反映。			
	・特に初回の服薬指導における介入の強化。			
	・声掛けや指導といった言語的介入に対する患者の反応の確認。			
ENGINEERING	・特に初回の介入場面での確認の徹底。			
	・治療に関する情報の、患者を含めた関係者間での共有化。			
		・薬包にも自動印字できるシステムの検討。		
		・夜間のコンピューターによるオーダーリングシステムの運用について検討。		
ENFORCEMENT				
	・チームカンファレンスによる事故対策の共有。			・薬剤に関する業務マニュアルの作成。
	・初回看護行為に関する看護業務マニュアルの修正			・薬剤業務における各職種の役割の明確化、及び、業務としての確立。
	・処方ルールに関する研修医への再教育。			
EXAMPLE				
	・医師、薬剤師、看護婦等、医療チーム内での他職種に対する監査役割の明確化。	・指示・処方、調剤、実施記録が一連の流れとなる薬剤情報	・治療方針を決定するチームカンファレンスの効果的な時間運用の検討。	・チーム医療の概念を、あらゆる業務運営に徹底して反映させる。
	・上記役割のチーム内での認識の共有化。		・時間外などの緊急体制の整備。	・院内の医療監査するシステム作り。
	・研修医の監査行為に対する監査役割の明確化。		・コンピューターによる診療支援システムの24時間体制の確立。	

2001/11/5

一方向の医療の流れは力関係の勾配 authority gradientを生む！



プロセスを跨いでのフィードバックを！

